Über

Hysterie im Kindesalter.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

der

medizinischen Fakultät der Universität Rostock

vorgelegt

von

ACAD. LIBRAT. BIBL.

Matthias Tepling

Arzt aus **Spandau.**

Rostock.

Rats- und Universitäts-Buchdruckerei von Adlers Erben, G. m. b. H.

1907.

Gedruckt mit Genehmigung der medizinischen Fakultät zu Rostock.

Referent: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Schuchardt.

Schon seit alten Zeiten leidet die Menschheit an Krankheitszuständen der Psyche, die wir jetzt nach wissenschaftlicher Erforschung unter dem Namen „Hysterie“ zusammenfassen. Abgesehen von Mitteilungen aus dem Altertum liefert uns das Mittelalter mit seinen religiösen Sturm- und Drangperioden eklatante Beispiele dieser psychischen Störungen, die nicht bloß einzeln, sondern auch oft in epidemischer Form auftraten und beim unwissenden Volke Aufsehen und allerlei abergläubische Erklärungen erzielten.

Ich erinnere kurz an die sogenannten Besessenen des Mittelalters, die oft ein unglückliches Schicksal hatten, da man ihre Krankheit für Teufelswerk hielt; ich erinnere kurz an die abergläubischen Geschichten der Behexten, die noch bis in unsere Zeit hinein im Schwunge waren, ich erinnere an die bekannten Kinderkreuzzüge und an die Sage vom Rattenfänger von Hameln und ähnliches.

Von allen jenen Erscheinungen der Vergangenheit ist jetzt der Schleier der Mystik durch die klare wissenschaftliche Erkenntnis genommen, so daß wir in ihnen die deutlichen Symptome der Hysterie vor uns haben.

Die Literatur über die Hysterie, die jetzt sehr zahlreich ist, greift allerdings rund 2 Jahrhunderte

zurück. Schon Carolus Lepois (1617) erwähnt sie und Sydenham bringt in seinen Opera medica (1736) darüber ausführliche Mitteilungen.

Von späteren Arbeiten im vorigen Jahrhundert über die Hysterie erwähne ich die bekannten Werke von Briquet[1]), Charcot[2]), Richer[3]), Gilles de la Tourette[4]), Jolly[5]) und Strümpell[6]).

So sehr also schon in der zweiten Hälfte des vorigen Jahrhunderts besonders bei den Franzosen die Kenntnis des hysterischen Symptomenkomplexes ausgebildet war, waren jedoch die Meinungen über die Ätiologie dieser verbreiteten Krankheit noch nicht geklärt. Nach dem damaligen Stand der Wissenschaft wurde die Hysterie für ein — wenn auch trauriges — Privileg der Frauen gehalten. Man glaubte an einen festen Zusammenhang mit Genitalaffektionen oder, um mit Romberg zu reden, man hielt die Hysterie für eine von den Genitalien ausgehende Reflexneurose.

---

[1]) Briquet, Traité clinique et thérapeutique de l' hysterie. Paris 1859.

[2]) Charcot, Leçons sur les malad. du système nerv. 1872.

[3]) Richer, Études cliniques sur la grande hystérie où hystéro-epilepsie. Paris 1885.

[4]) Gilles de la Tourette, Traité clinique et thérapeutique de l' hystérie, 2. Bd. Paris 1891—94.

[5]) Jolly, Handbuch d. speciell. Patholog. u. Therapie v. Ziemssen, Bd. 12, 2 Hälfte.

[6]) A. Strümpell, Lehrb. d. speciell. Pathol. u. Therap. d. inn. Krankh., Leipzig Bd. III.

Deshalb finden wir in der Literatur nicht nur die Arbeiten der Psychiater und Internisten, sondern auch viele Gynäkologen wie Amann[1]) und Scanzoni[2]) beschäftigten sich genauer mit dem Wesen der Hysterie.

In den Rahmen dieser Theorie, der so manches unschuldige Ovarium unter dem Messer der Chirurgen zum Opfer fiel, paßte jedoch nicht die Beobachtung, daß nicht nur die erwachsenen Frauen, sondern auch Männer und besonders Kinder hysterisch erkrankt waren.

Zwar hatte man schon zahlreich beobachtet, daß Kinder an Krankheitssymptomen und Anfällen litten, die genau den typisch hysterischen gleich waren; ich bringe nochmals die Kinderkreuzzüge und ähnliche Erscheinungen in Erinnerung; ferner gedenke ich der Predigerkrankheiten in Schweden 1841, und in Baden 1852 und 1856, schließlich der Erweckungen im Waisenhause zu Elberfeld[3]).

Auch sonst wurden von Kliniken schon Fälle von Erkrankungen der Kinder mitgeteilt, die in das Gebiet der Hysterie gerechnet wurden. Wohl als die älteste Quelle gilt uns der schon oben erwähnte Carolus

---

[1]) Amann, Über den Einfluß der weibl. Geschlechtskrankheiten auf d. Nervensystem mit bes. Berücksichtigung d. Wesens u. d. Erscheinungen d. Hysterie. Erlangen 1874.

[2]) Scanzoni, D. Krankheiten d. weibl. Brüste u. Harnwerkzeuge sowie der dem Weibe eigentüml. Nerven- u. Geisteskrankheiten.

[3]) Steiner, Jahrbuch f. Kinderkrankheiten 1869. Velthusen. Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie, Bd. XIII.

Lepois (1617), der unter anderem sagt: „Enim vero experientiae fide, multae puellulae vivunt hystericis tentatae symptomatibus ante duodecim aetatis annum". Ferner liegen uns wertvolle Mitteilungen von Hoffmann (1733) und Raulin (1759) vor. Jedoch fanden diese Beobachtungen noch wenig Anklang. Wirksamer war das bekannte Werk von Briquet[1]), der über ein großes unanfechtbares Material verfügte. Jedoch war es erst der neueren Zeit vorbehalten, durch genaue Forschungen und Beobachtungen festzustellen, daß die hysterischen Erscheinungen, die bei Kindern auftraten, mit der bekannten echten Hysterie identisch waren. Denn seit den 70er Jahren folgten zahlreiche Beiträge über dieses Thema. Außer den schon oben erwähnten Autoren Charcot, Richer, Gilles de la Tourette sind besonders merkenswert die Mitteilungen von A. Smidt[2]), der in seiner Straßburger Dissertation eine gute Zusammenstellung der bis zum Jahre 1880 über das Thema erschienenen Literatur bringt. Ihm folgen H. Pâris[3]), Heuoch[4]), Seligmüller[5]),

[1]) Siehe oben.

[2]) H. Smidt, Über d. Vorkommen d. Hysterie bei Kindern. Diss. Straßburg 1880.

[3]) H. Pâris, De l'histérie chez les petites filles considérée dans ses causes, ses caractères, son traitement. Thèse de Paris 1880.

[4]) E. Heuoch, Vorlesungen über Kinderkrankheiten. Berlin 1881. Derselbe, Mitteilungen aus d. Gebiete d. Nervenpathologie. Charité Annalen. Jahrgang IX. 1884.

[5]) Seeligmüller, Deutsch med. Wochenschrift 1881. Derselbe, Über d. epidem. Auftreten von hysterischen Zuständen. Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie. Bd. 33.

Féré[1]), Lauggaard[2]), Riegel[3]), Schäfer[4]), Weiss[5]), Köbner[6]), Herz[7]), Peugnicz[8]), Tuczek[9]), Riesenfeld[10]), Laufenauer[11]), Jolly[12]).

Also nicht bloß von Psychiatern, sondern auch aus den Kliniken echter Kinderärzte kamen interessante Darstellungen der Kinderhysterie. So bringt auch Emminghaus[13]) in dem Gerhardtschen Handbuch

---

[1]) Ch. Féré, De l'histérie ches les jeunes garçons. 1882.

[2]) Cher, Lauggaard. Et Tilfælde af Hysteri hos et Barn. Hosp. Tidende 1882.

[3]) Riegel, Zur Lehre v. d. hysterischen Affektion d. Kinder. Zeitschrift für klin. Medizin V. 1883.

[4]) Schäfer, Über Hysterie bei Kindern. Diss. Leipzig. Archiv für Kinderheilkunde. Bd. V. 1884.

[5]) J. Weiss, Die infantile Hysterie. Archiv für Kinderheilkunde 1884.

[6]) Köbner, Zur Kasuistik der Hysterie im Kindesalter. Deutsch. Archiv f. klin. Medizin 1884.

[7]) Herz, Über Hysterie bei Kindern. Wiener med. Wochenschrift 1885.

[8]) P. Peugnicz, De l'hystérie chez les envants. Thèse de Paris 1885.

[9]) Tuczek, Zur Lehre von d. Hysterie der Kinder. Berl. klin. Wochenschrift 1886.

[10]) P. Riesenfeld, Über Hysterie bei Kindern. Diss. Kiel 1887.

[11]) Laufenauer, Erlenmeyers Zentralblatt 1887.

[12]) Jolly, Über Hysterie bei Kindern. Berl. klin. Wochenschrift 1892.

[13]) Emminghaus, Handbuch d. Kinderkrankheiten. Nachtrag 2.

sehr ausführliche Mitteilungen, in denen er treffend sagt, daß bei Kindern beiderlei Geschlechts „neuropathische Symptomenkomplexe vorkommen, die sich in nichts von jenen Störungen unterscheiden, die bei Erwachsenen weiblichen Geschlechts häufig beobachtet und unter dem Namen Hysterie zusammengefaßt werden".

Nachdem nun, wie die oben angeführte Literatur beweist, die Lehre von der Hysteria infantilis anerkannt war, ist auch allmählich die Theorie von dem direkten Zusammenhang mit den sexuellen Affektionen veraltet, da die großen Widersprüche, die in ihnen liegen, nicht zu überbrücken waren, zumal bei der Kinderhysterie auch häufig Knaben erkranken, wie die neuen Beobachtungen lehren.

Auch die Autoren der neuesten Zeit erkennen einwandsfrei an, daß die Hysterie im Kindesalter mit der der Erwachsenen identisch ist, und letztere oft, besonders in den schweren Fällen, ihren Ursprung im Kindesalter hat. So wird von Jolly[1]), Strümpell[2]), Binswanger[3]), Th. Ziehen[4]), Kraus[5]) und anderen ausführlich die Kinderhysterie in diesem Sinne

---

[1]) Jolly, siehe oben.

[2]) Strümpell, siehe oben und Handbuch d. Therapie Bd. V. Jena 1903.

[3]) O. Binswanger, Die Hysterie.

[4]) Th. Ziehen, Über Hysterie. Die deutsche Klinik Bd. VI, 1. Berlin Wien 1906.

[5]) Kraus, Hysterie v. Mehrings Lehrbuch der Inneren Medizin. Jena 1903.

besprochen. Schließlich hat auch Bruns-Hannover[1]) in seiner im vorigen Jahre veröffentlichten Abhandlung auf Grund seiner 11 jährigen Tätigkeit in der dortigen Kinderheilanstalt eine umfassende und durch reichliches, einschlägiges Material gestützte Arbeit geliefert.

Aber nicht nur aus wissenschaftlichen Gründen ist die Tatsache der Hysteria infantilis interessant, sondern auch besonders für den praktischen Arzt ist es wertvoll, durch genaue Kenntnis dieses Leidens, das relativ häufig vorkommt und mit seinen Symptomen so mannigfaltige andere Krankheiten imitiert, sich einerseits vor Fehldiagnosen und Blamagen zu schützen, andererseits oft sofortige Heilung zu bringen und sich dadurch großes Vertrauen zu erwerben. Deshalb verlohnt es sich wohl, zur Kasuistik dieser Krankheit einige neue Beobachtungen hinzuzufügen, die in der Poliklinik der Rostocker psychiatrischen Universitätsklinik in den Jahren 1899—1906 gemacht wurden.

Zunächst noch einige Worte über die Grenzen des Kindesalters. Die natürliche Grenze der Kindheit bildet der Beginn der Pubertät, die meist bei den Knaben etwas später als bei den Mädchen auftritt. Bei den Knaben ist überhaupt eine genaue Angabe sehr schwer, da bei ihnen die Zeitgrenze der Pubertätsentwickelung sehr wechselnd ist. Das äußere Kennzeichen der weiblichen Pubertät, die Menstruation, erscheint meist am Ende des 14. und im 15. Lebensjahre, wie Schlichting[2]) in seiner umfassenden

[1]) L. Bruns, D. Hysterie im Kindesalter. Halle 1906.
[2]) Schlichting, Archiv f. Gynäkologie, Bd. XVI.

Statistik von über 10500 Fällen und Krieger[1]) festgestellt haben.

Deshalb kann man auch bei der Besprechung der Hysteria infantilis meist alle Fälle bis zu diesem Lebensjahre rechnen. Jedoch ist bei der Begrenzung unseres Themas nicht nur die körperliche Entwicklung in Betracht zu ziehen. Denn da die Hysterie eine krankhafte Abnormität der Psyche ist, wie wir gleich nachher sehen werden, so sind auch bei der Auswahl der geeigneten Fälle alle die Beispiele zu rechnen, bei denen trotz körperlicher Entwicklung das Gemüt noch kindlich ist. Dazu kommt, daß auch bei zurückgebliebener Entwicklung nach Krankheiten eine höhere Altersgrenze gezogen werden muß.

Ehe ich zur Aufzählung und Besprechung der beobachteten Fälle komme, ist es wohl angebracht, zunächst im Allgemeinen das Wesen der Hysterie zu erörtern und eine kurze Besprechung des Symptomenkomplexes vorangehen zu lassen, wie er sich nach dem heutigen Stand der Wissenschaft bei der kindlichen Hysterie bietet.

Es ist sehr schwer, eine kurze Definition der Hysterie zu geben, „denn das Symptomenbild, unter welchem die Krankheit auftritt, ist so mannigfaltig, daß es keine einzige Krankheitserscheinung gibt, welche als allgemein charakteristisch oder gar für alle Fälle pathognomonisch angesehen werden könnte“

[1]) Krieger, Die Menstruation. Eine gynäkolog. Studie. Berlin 1869.

(Strümpell)[1]). Natürlich wurde und wird auch heute noch vieles als hysterisch ausgelegt, was bei genauer Beleuchtung nichts damit gemein hat, und im Volksmunde verständnislos der Name der Krankheit oft als Schimpfwort benutzt.

Während man früher in der Hysterie eine funktionelle Erkrankung des Nervensystems sah, sind wohl jetzt alle Autoren darin einig, sie für eine funktionelle Psychose zu halten, also für das Ergebnis einer abnormen Gehirntätigkeit, die im engen Zusammenhange mit der Vorstellungskraft steht. Während beim Gesunden der Einfluß dieser Vorstellungskraft auf das Denken und Handeln eng begrenzt ist, resultiert beim Hysterischen durch eine abnorm gesteigerte Einbildungskraft das Auftreten der verschiedensten körperlichen pathologischen Symptome, sodaß, wie Ziehen[2]) treffend sagt, die Hysterie „durch eine abnorm gesteigerte Wirksamkeit gefühlsbetonter Vorstellungen charakterisiert“ wird.

Schon Charcot nennt die hysterischen Symptome diejenigen, die durch Einbildung, per imaginationem, entstehen, jedoch ist diese Erklärung noch nicht ausreichend. Die Einbildung, oder um das jetzt oft gebrauchte Ersatzwort: Autosuggestion anzuwenden, allein bringt noch keine hysterischen Symptome hervor. So mancher Furchtsame glaubt bei nächtlicher Dunkelheit allerlei Stimmen zu hören oder so mancher junge Mediziner bildet sich nach dem Kolleg eine Appendicitis,

[1]) Strümpell, siehe oben.

[2]) Ziehen, siehe oben.

eine Phthise etc. ein, je nachdem eine derartige Krankheit demonstriert wurde. Auch der typische Neurastheniker leidet vermöge seiner krankhaft gesteigerten Einbildungskraft an den verschiedensten Beschwerden. Während aber gerade diesen seine genaue minutiöse Selbstbeobachtung kennzeichnet, ist für den Hysterischen die unbewußte gefühlsbetonte Vorstellung charakteristisch.

Deshalb geht Möbius[1]) zu weit, wenn er „alle durch Vorstellungen verursachten körperlichen Krankheitszustände“ als hysterisch bezeichnet. Das Entstehen dieser unbewußten krankhaften Vorstellungen ist bei Personen mit geringer Willensstärke sehr erleichtert. Dies betont schon Oppenheim[2]) indem er meint, „daß es sich bei der Hysterie zunächst um Zustände reizbarer Schwäche handle, daß infolge dieser reizbaren Schwäche alle Affektwirkungen und Reflexwirkungen in ungewöhnlicher Stärke oder auch in ungewöhnlicher Form sich einstellen können, und daß auf Grund dieser veränderten Reaktionsweise des Nervensystems, sowohl die allgemeinen anfallsartigen, wie die Lokalwirkungen zustande kämen“.

Fast dieselbe Meinung hat auch Jolly, nur daß dieser erfahrene Autor mehr noch das psychische Symptom betont. Also die gesteigerte Wirksamkeit der unbewußten Vorstellungen auf die körperlichen

[1]) Möbius, Über die gegenwärtige Auffassung der Hysterie. Monatsschr. f. Geburtshülfe u. Gynäkolog., Bd. I.

[2]) Oppenheim, Tatsächliches u. Hypothetisches üb. d. Wesen d. Hysterie. Berl. klin. Wochenschr. 1890, Nr. 25.

Funktionen ist das Spezifische im Wesen der Hysterie. Deshalb wird uns manches hysterische Symptom klarer, wenn man es von diesem pathophysiologischen Gesichtspunkte betrachtet. Daraus erklärt sich auch, daß jegliche gröbere anatomische Veränderung fehlt, und somit auch die schwerste hysterische Affektion plötzlich enstehen und ebenso wieder verschwinden kann.

Die praktische Erfahrung deckt sich vollständig mit diesen theoretischen Betrachtungen. Daher kann auch die Hysterie jede funktionelle Störung vortäuschen, wie wir sie später in mannigfaltigster Form sehen werden. Diese Schilderung vom Wesen der Hysterie gilt also für jede Form, bei Erwachsenen, wie bei Kindern.

So kommen wir zur Besprechung des hauptsächlichsten Krankheitsbildes der Hysteria infantilis. Vorwegnehmen muß ich noch, daß eine Berechtigung der gesonderten Darstellung der kindlichen Hysterie durchaus vorhanden ist, da bei ihr viele Punkte der Symptomatologie, Prognose und Behandlung wesentlich von der Hysterie der Erwachsenen verschieden sind. Besonders zeichnet sich die monosymptomatische Form, die „Forme fruste“ der Franzosen, aus; wir sehen bei den Kindern nicht das oft verwaschene Bild der Hysterie der erwachsenen Frauen, sondern oft nur eine einzige, aber meist drastische Krankheitsform, so eine Kontraktur, eine Lähmung oder einen zirkumskripten Krampf. Ferner fehlen sehr oft die sogenannten hysterischen Stigmata, speziell die Anästhesieen. Dazu

kommt, daß auch das plötzliche Auftreten und der rasche Verlauf sehr charakteristisch ist.

Früher wurde die Häufigkeit der Hysteria infantilis oft unterschätzt. Erst Briquet konstatierte das relative häufige Auftreten. Er fand bei seinem zahlreichen Beobachtungsmaterial, daß bei ca. $^1/_5$ seiner Fälle sich vor dem 12. Lebensjahre die Krankheit entwickelt habe. Seinen Ansichten schlossen sich auch spätere namhafte Autoren, Jolly unter den ersten, an. Auch Bruns bestätigt neuerdings völlig die Angaben von Briquet. Wenn sich auch am häufigsten die Hysteria infantilis vom 7. Jahre bis zum Pubertätseintritt zeigt, so ist aber auch schon in früheren Kinderjahren die Erkrankung nicht selten. Besonders in der französischen Literatur werden zahlreiche Fälle in sehr frühem Alter von Chaumier, Bézy, Bibeut und Ridaut angegeben. Oppenheim erzählt sogar von einigen Fällen im 2. Lebensjahre. Dagegen ist eine hysterische Erkrankung des Säuglingsalters trotz mehrfacher angeblicher Beobachtungen auszuschließen, schon deshalb, weil sie bei unserer jetzigen Auffassung als Psychose in diesem frühesten Alter nicht zu erwarten ist. Ein Unterschied zwischen Land- und Stadtbevölkerung besonders zu Gunsten der Landbevölkerung hat sich nicht finden lassen, ebensowenig wie auch weder Arm noch Reich von der Hysterie verschont wird.

Nun zunächst zur Ätiologie der Hysterie der Kinder. Naturgemäß scheidet bei ihr als Ursache die Beziehung zu den Erkrankungen der Sexualorgane aus. Wie schon oben erwähnt, wurde diese Theorie

früher übertrieben betont und gab sogar der Krankheit den Namen Hysterie von ὑστέρα = Uterus. Natürlich spielen manchmal Geschlechtsreizungen wie Onanie etc. nach Beobachtungen von Jolly und Heuoch eine Rolle, sind jedoch nicht als ursächliches Moment anzusehen. Vielmehr wird jetzt von den meisten Autoren eine erbliche Disposition anerkannt, wobei oft die Belastung gleichartig von Vater und Mutter übertragen wird. Recht anschaulich drückt dies Briquet mit den Worten aus: „Individuen, welche von hysterischen Eltern abstammen, sind zwölfmal mehr zu Hysterie prädisponiert, als andere". Bei dieser nervösen Belastung, der „hérédité de transformation" ist jedoch nicht nur die reine Vererbung das ursächliche Moment, sondern eine große Rolle spielt das Beispiel, das die Eltern ihrem Kinde geben, und das dieses zur Nachahmung reizt.

Auf solche „schlummernde Hysterie" können auch Gelegenheitsveranlassungen der verschiedensten Art auslösend wirken. Bei diesen psychischen Einflüssen spielt der Schreck als „Agent provocateur" (Charcot) eine große Rolle.

Unmittelbar nach einer solchen Gemütserregung sehen wir hysterische Krämpfe, Lähmungen etc. entstehen. Auch bei der sogenannten traumatischen Hysterie ist es nicht das körperliche Trauma, z. B. der Stoß, die Verbrennung, der Fall ins Wasser, sondern die damit verbundene Gemütsveränderung, wie Angst vor den Folgen oder Furcht, also das psychische Trauma, das die hysterische Affektion folgen läßt.

Eine andere Gelegenheitsveranlassung finden wir auch in der Erziehung. Der Verkehr mit Hysterischen, die dadurch bedingten moralischen Einwirkungen sind oft auf das kindliche Gemüt folgenschwer. So sah Charcot nach spiritistischen Sitzungen, die, welche „die Erwartung geradezu auf abnorme Wirkungen gefühlsbetonter Vorstellungen gespannt wird“ (Ziehen), schwere Formen der Hysterie bei Kindern auftreten. Auch die Simulationssucht, die bei Gesunden auch vorkommt, fördert bei disponierten Kindern sehr das Auftreten der Hysterie.

Oft aus praktischen Motiven sehen wir die Anwendung der Simulation bei Schulkindern. Die Kinder, die aus Faulheit, oder auch manchmal aus geringer Leistungsfähigkeit zurückgeblieben sind, produzieren oft irgend welche Krankheitserscheinungen in der bewußten Absicht, irgend einer Unannehmlichkeit in der Schule oder im Hause zu entgehen. Jedoch hat die Hysteria infantilis wenig mit der den Pädagogen jetzt so oft vorgehaltenen Überbürdungsfrage zu tun, da ein Teil der erkrankten Kinder sogar geistig sehr entwickelt, aber besonders ehrgeizig ist, sodaß bei ihnen eine große Erregbarkeit mitwirkt. Unterstützend wirkt oft ein Gelegenheitsbeispiel, das Kind sieht, wie vielleicht eine Schulkameradin wegen einer Krankheit von der Schularbeit befreit wird. Da es nun in eine ähnliche Situation gekommen ist, wird diese Krankheitsform mit ihren Symptomen nachgeahmt in der Hoffnung, auch von der Arbeit befreit zu werden. Zahlreiche Beispiele dieser Art sind vor-

handen. Auch eine andere Eigentümlichkeit des kindlichen Geistes, die Lebhaftigkeit der Phantasie, wirkt fördernd. Wenn man Kinder beim Spiel beobachtet, so staunt man oft, wie sie sich in die Situation geradezu hineinträumen. Diese Phantasie finden wir auch bei der Wiedergabe von Erlebnissen, wobei oft die Tatsachen so verstoben, und schließlich Vorgänge erzählt werden, die mit dem wirklich Erlebten kaum noch eine Ähnlichkeit haben. Normale Kinder kommen darüber hinweg, anders jedoch verhält es sich bei krankhafter Anlage. Da kommt es schließlich zu den Erscheinungen, die wir beim hysterischen Somnambulismus der Kinder sehen. Schließlich kann auch eine Krankheitsdisposition infolge schwächender akuter Krankheiten oder schlechter Ernährung verstärkt werden. So hat Jolly und auch neuerdings Bruns oft aus einer allgemeinen Schwäche nach fieberhafter Erkrankung eine hysterische Astasie und Abasie entstehen sehen. Bei manchen Fällen wird geradezu eine früher von demselben Kranken durchgemachte organische Erkrankung imitiert. (Autoimitation Thienich). Trotzdem spielen diese Ursachen meist nur eine untergeordnete Rolle. Die bei der Hysteria virilis häufig beobachtete Entstehung nach den chronischen Intoxikationen kommen wohl bei der Hysteria infantilis kaum in Betracht.

Da die Hysterie keine einheitliche Krankheit ist, sondern gemäß ihrem Wesen uns eine enorme Polymorphie der Erscheinungen bietet, ist eine Symptomatologie in kurzen Zügen eine schwierige Aufgabe.

Am zweckmäßigsten ist es wohl nach dem Beispiele von Charcot und Ziehen die Unterscheidung in Anfalls- und Dauersymptome.

Zunächst die Dauersymptome. Unter diesen treten uns zunächst die Motilitätsstörungen, die sehr oft von einem Trauma ausgelöst werden, entgegen. Natürlich sind es bei der Hysterie entsprechend ihrem Wesen nur die willkürlichen Funktionen, die verändert sind. Bei Kindern sind es häufig die Lähmungen. Ihre Ausbreitung ist für die Hysterie sehr charakteristisch. „Sie schließt sich an die naiven Einteilungsvorstellungen unseres Körpers an und ist von der anatomischen Gruppierung der motorischen Bahnen und Zentren unabhängig“ (Ziehen). Ein anderer Typus der Lähmung, die sogenannten Koordinationslähmungen, erstreckt sich auf die Aufhebung einer bestimmten Bewegungsgruppe z. B. des Gehens, während dieselben Muskeln bei einer anderen Bewegung normal arbeiten. „Niemals gibt es bei der Hysterie Gruppierungen, wie z. B. bei der Erbschen Plexuslähmung, die einzelne Muskeln der Schulter, des Oberarmes und des Unterarmes aus der Gesamtheit der betreffenden Muskulatur herausgreift“ (Bruns). Überwiegend sind es paraplegische Störungen, jedoch sind auch bei Kindern Mono- und Hemiplegien beobachtet. Entscheidend für eine solche hysterische Lähmung ist stets das Fehlen der Entartungsreaktion. Die Kopfmuskulatur bleibt meist verschont, besonders das Facialis- und Okulomotoriusgebiet. Dagegen ist bei Kindern die Sprachstörung, die Aphonie, die auch als eine Koordinations-

lähmung aufgefaßt werden muß, häufiger. Dabei kann trotz voller Aphonie oft gehustet, manchmal sogar gesungen werden. Oft stammeln die Kinder anfallsweise oder längere Zeit. Auch der hysterische Mutismus ist gar nicht selten bei Kindern, wobei zur Aphonie sich noch die totale Aphasie hinzugesellt. Schon Herodot schildert den stummen Sohn des Krösus, der plötzlich vor Schreck die Sprache wieder erlangte, da er sah, wie ein Perser seinen Vater töten wollte. Jolly erzählt von einem 13jährigen Knaben, der intermittierend stumm war. Während er im Hause mit seinen Eltern fließend sprach, konnte er in Gegenwart von fremden Leuten kein Wort über die Lippen bringen. Die Vorstufe des Mutismus ist oft das hysterische Stottern der Kinder, wobei es sich jedoch mehr um koordinierte Krampfbewegungen handelt. Am häufigsten treten bei den Kindern die Lähmungen an den Extremitäten auf, sogar ist eine solche aller Extremitäten beobachtet worden (Riegel)[1].

Mit der Lähmung oft verbunden ist die hysterische Kontraktur. Für sie wie für die Lähmung ist es charakteristisch, daß sie sich im Schlafe lösen, wobei es manchmal schwierig ist, dieses nachzuweisen, da derartige Kinder oft einen sehr leisen Schlaf haben; überzeugend wirkt dann erst die Narkose. Die Kontrakturen sind bei Kindern meist enorm stark und bei Ausgleichversuchen sehr schmerzhaft, weshalb bisweilen Gelenkneuralgien vorgetäuscht werden. Selten

[1] Riegel, Zeitschr. f. klinische Medizin. VI.

wird nur ein Muskel kontrakturiert, wie dies Bruns beim M. pronator Teres beobachtet hat, meist befällt die Kontraktur sämtliche Bewegungsmuskeln des betreffenden Gliedes, wobei die Enden der Gliedmaßen bevorzugt sind. Auch die Kontraktur läßt die Abgrenzung auf Grund der naiven Teilvorstellungen unseres Körpers deutlich erkennen. Oft treten diese Motilitätsstörungen plötzlich, fast apoplektiform ein, morgens, wenn die Kinder erwachen, überrascht sie die Lähmung. Sehr bekannt ist auch der hartnäckige Blepharospasmus hystericus der Kinder. Während wir oft bei der Hysterie der Erwachsenen an den gelähmten oder kontrakturierten Gliedern Sensibilitätsstörungen beobachten, fehlen diese meist bei den Kindern [1]).

Sehr häufig sind ferner noch bei Kindern Störungen der Extremitäten, die meist schon sofort den Stempel der Hysterie erkennen lassen und die unter dem Namen der Astasie und Abasie bekannt sind. Oft nach Ablauf einer akuten Krankheit, die das Kind an das Bett gefesselt hatte, ist es diesem unmöglich, die koordinierten Muskelbewegungen des Gehens und Stehens zu machen, während im Liegen die Beinmuskeln kräftig funktionieren. Charcot erzählt sogar von einem Falle, wo ein Knabe weder stehen noch gehen, wohl aber schwimmen konnte.

Hierzu gesellt sich öfters als eigentümliche motorische Reizerscheinung der hysterische Tremor, der besonders nach traumatischen Einwirkungen, an-

[1]) Bruns, S. 23.

strengenden Bewegungen, wie Schreiben, Turnen, auftritt, im Schlafe jedoch verschwindet. Jolly [1]) schildert in seinem Vortrage in der Hufeland-Gesellschaft, Berlin 1892, einen sehr exquisiten statischen Reflexkrampf der unteren Extremitäten bei einem 7jährigen Mädchen nach Masern. „Sobald auf die Füße gestellt, kam ein außerordentlich heftiger Schüttelkrampf der Beine zustande, der sofort gehoben wurde, wenn das Kind ins Bett gelegt wurde, und der sich auch nicht hervorrufen ließ, wenn bei horizontaler Lage des Kindes mit den Füßen manipuliert wurde". Jedoch noch häufiger als dieser Tremor sind die choreatischen Bewegungen, die Bruns in vielen Fällen für Imitationsrezidive nach echter überstandener Chorea hält. Andre Reizerscheinungen sind die eigentümlichen Krampfbewegungen besonders der Mundmuskulatur, die man Grimassieren nennt, und auch die regelmäßig wiederholten Bewegungen ganzer Gliedmaßen, die Charcot mit dem Namen Chorea rhythmica bezeichnet hat.

Wie schon oben erwähnt, fehlen bei der kindlichen Hysterie oft die sonst so wichtigen Stigmata, nach denen bei den Erwachsenen zwecks Diagnosenstellung eifrig gefahndet wird. Besonders die Sensibilitätsstörungen, unter ihnen die typische hysterische Hemianästhesie und die totale Analgesie sind nicht oft beobachtet worden. Auch die höheren Sinnesstörungen, die Gesichts-, Geruchs-, Geschmacks- und Hörstörungen

[1]) Jolly, Berl. klin. Wochenschrift. 1892.

sind bei Kindern selten. Vereinzelt wird eine Blindheit, die bei den Erwachsenen zu der schwersten Sehstörung gehört, beschrieben. Solche hysterisch amaurotische Kinder können jedoch durch das Zimmer gehen und weichen oft geschickt den im Wege stehenden Gegenständen aus. Ferner ist die sonst weitaus häufigste hysterische Sehstörung konzentrischer Gesichtsfeldeinengung bei Kindern seltener. Jedoch sind die sogenannten hysterogenen und hysterofrenatorischen Druckpunkte, die Charcot auch zu den hysterischen Stigmata rechnet, gerade bei den hysterischen Krämpfen der Kinder gefunden worden. Typisch sind oft unter diesen tiefen Druckpunkten die Parietalpunkte.

Von Störungen der Verdauungsorgane, die bei Kindern beobachtet werden, erwähne ich die Dysphagie und die Anorexie, die manchmal sehr hartnäckig ist. Erbrechen, besonders Blutbrechen, gehört wohl mehr zu der Hysterie der Erwachsenen. Auch die für die Hysterie typischen Blasenstörungen sind bei Kindern selten. Emminghaus[1]) beobachtete allerdings einen Verschluß der Blase mit heftigem Harndrang bei einem 7jährigen Mädchen.

Noch einige Worte über das psychische Verhalten der erkrankten Kinder, da auch meist die gesamte psychische Konstitution ihre Eigenheiten hat. Die hysterischen Kinder kennzeichnet oft eine Zerstreutheit in allen Dingen, sie sind unartig und verzogen. Sogar moralische Defekte, eine Gemütsentartung, sind gar nicht selten zu finden. Solche

[1]) Emminghaus, siehe oben.

Kinder haben wenig Wahrheitsliebe und manchmal große Freude an garstigen Verleumdungen anderer Personen. Zu diesen Dauersymptomen kommen die paroxysmellen, die Anfälle, die sehr häufig bei Kindern vorkommen. Ein derartiger Anfall tritt meist „in Form der ungewöhnlich gesteigerten und zeitlich verlängerten Affektäußerungen" auf (Jolly). Dabei begleiten ihn heftige Zuckungen der Extremitäten und komplizierte Bewegungen.

Auch das Herumwälzen, der von Charcot treffend bezeichnete Clownismus, und die oft heiteren oft schreckhaften Delirien fehlen selten. Zum Unterschied vom epileptischen Anfalle ist eine völlige Bewußtlosigkeit nicht vorhanden, sondern es besteht nur eine gewisse Alteration des Bewußtseins, wobei sich die Kinder in traumartigen Vorstellungen bewegen. Dabei werden wirkliche Wahrnehmungen von der Umgebung gemacht, wie die häufig beobachteten Abwehrbewegungen beweisen.

Derartige Anfälle spielen sich teilweise mehr auf psychischem Gebiete ab und führen zu dem gerade für die Hysteria infantilis so charakteristischen Somnambulismus, der auch am Tage auftreten kann (S. Diurnus). Auch Anfälle religiöser Ekstase gehören bei Kindern so ausschließlich wie bei keiner anderen Seelenstörung der Hysterie an. Hierher gehören die Fälle, die früher oft für Besessenheit, für Äußerungen eines bösen Geistes gehalten wurden. Jolly berichtet von einem 12jährigen Mädchen, das seit ihrem 9. Lebensjahre Anfälle bekam in denen es bei der Erwähnung des Namen Gottes

Marias oder eines Heiligen die fürchterlichsten Flüche in veränderter Stimme ausstieß.

Der Verlauf der Hysteria infantilis zeigt zahlreiche Verschiedenheiten.

Manche Störung hält gleichmäßig lange Zeit an, manchmal tritt jedoch ein Wechsel in den Symptomen ein. Im Allgemeinen jedoch ist, wie schon oben erwähnt, der Verlauf ein rascher, natürlich abgesehen davon, daß er davon auch abhängig ist, ob sofort eine Behandlung eintritt und ob diese wirksam ist. Ein Vorteil der kindlichen Hysterie besteht darin, daß im Gegensatz zur Hysterie der Erwachsenen die Prognose als relativ günstig gestellt werden kann, besonders wenn nur ein einzelnes Symptom vorhanden ist. Auch Bruns betont, daß die Kinderhysterie bei richtiger Erkenntnis in den meisten Fällen rasch geheilt werden kann, hauptsächlich wenn die Erscheinungen noch frisch sind. „Je jungfräulicher und unberührter der Fall, desto besser seine Prognose, wenn er richtig erkannt und dann gleich richtig angefaßt wird“ (Bruns).

Mit der Prognosenstellung geht Hand in Hand eine entsprechende Therapie. Eine wirksame Prophylaxe der Hysterie ist natürlich nicht durchführbar, da die Hysterischen weder durch Staatsgesetze verhindert sind, noch sich durch Vernunftgründe abhalten lassen, sich zu verheiraten und so ihrer Nachkommenschaft die erbliche Belastung einzupflanzen. Die ärztliche Tätigkeit kann somit erst da einsetzen, wo es gilt, die in den Kindern keimende Hysterie im Latenzstadium

zu erhalten. Hier kann eine Therapie nach dem ätiologischen Prinzipe sehr erfolgreich wirken. Alle Ursachen, die die Krankheit zum Ausbruche kommen lassen könnten, müssen tunlichst vermieden werden. Vor Schreck und Verletzungen die Kinder zu hüten, ist besonders wichtig, natürlich nicht um dabei in das andere Extrem zu fallen und die Kinder von der Außenwelt abzuschließen. Gerade das hysterisch disponierte Kind gehört in die öffentliche Schule, um mit anderen gesunden Kindern zusammen zu kommen und auch wie Gesunde behandelt zu werden. Übermäßiger Sport und Anstrengungen sind zu vermeiden, finden auch wohl kaum noch in der Schule statt. Hierzu kommt, daß Kinder sich nicht überbürden lassen, wie Charcot betont. Ein weiteres Augenmerk ist auf die Lektüre der Kinder zu richten. Gerade die jetzt wieder im Schwunge stehenden phantasiereichen Indianer- und Detektivgeschichten mit ihren von Mord und Verbrechen wimmelnden Schilderungen sind unbedingt solchen Kindern zu entziehen. Bei schwereren Fällen ist es absolut unerläßlich, das Kind aus der gewohnten Umgebung, besonders der Eltern, herauszunehmen und einer Anstaltsbehandlung unterziehen zu lassen. Es ist ein großes Verdienst Charcots, diese prinzipielle Bedeutung der Isolierung, d. h. nur Entfernung aus der bisherigen Umgebung, betont zu haben. Auch Jolly und andere treten warm für diese Behandlungsart ein. Da sie schon mehr nach dem psycho-therapeutischen Prinzipe geleitet wird, gilt sie noch mehr bei den einzelnen Krankheitssymptomen, den Lähmungen, Anfällen etc.

Zwei Methoden kommen hier hauptsächlich in Betracht. Erstens wird die sogenannte Überrumpelungsmethode angewendet, bei der durch einen plötzlichen Machtspruch der Arzt das Symptom gewissermaßen „wegdekretiert". Für sie gilt das Wort Strümpells: „Bei der Hysterie macht man entweder Wunderkuren oder gar keine Kuren". Bei Kindern, „die an Gehorchen gewöhnt und leichter einzuschüchtern sind", ist diese Methode oft sehr erfolgreich. Ebenso wirksam, wenn auch langsamer und erst allmählich zum Ziele führend, ist das geflissentliche Ignorieren, oder wie Bruns sagt, die „zweckbewußte Vernachlässigung". Aber gerade diese letztere Methode ist nur im Krankenhaus durchzuführen. Merkt man jedoch, daß jegliche Therapie erfolglos ist, so ist es sehr ratsam, nicht den Fall aufzugeben, sondern einen Kollegen zu Rate zu ziehen. Denn an dieser Stelle lauert immer der Kurpfuscher. Gerade diese oft von Ärzten falsch diagnostizierten hysterischen Symptome sind ein fruchtbares Feld für diese Kurpfuscher, die dann den hier nötigen „Glauben" für ihre Erfolge benutzen. Schon Strümpell sagt mit Recht: „Gäbe es keine Hysterie, so gäbe es auch keine Kurpfuscher".

Bei Anfällen sind sehr oft empfohlen die kalten Übergießungen, oder sogar die brüske Applikation des Inhaltes eines Wasserglases „rücksichtlos in das Gesicht geschleudert, sobald der Kranke Miene macht, einen Anfall zu bekommen" (Seeligmüller). Von Medikamenten, die nur eine untergeordnete Wirkung haben, wird besonders das Brom empfohlen. Die

Hypnose, die leider früher sehr oft angewendet wurde, ist von den neueren Autoren fast gänzlich verlassen worden.

Krankengeschichten.

Fall I. Mathilde G., 15 Jahre, Dienstmädchen. 19. VII. 1899.

Anamnese: Keine Erblichkeit nachzuweisen, nur Mutter apoplektisch. Als Kind stets gesund. Noch keine Menses, auch keine menstruator. Beschwerden. Patientin gibt an, seit ca. 8 Jahren Störungen im linken Auge zu haben; deswegen Behandlung und Untersuchung in der Augenklinik, jedoch negativer Befund. Seit 2 Monaten in Stellung als Dienstmädchen für den Nachmittag. Patientin klagt über Kopfschmerzen, besonders in der Scheitelhöhe, ferner über Schwindelzustände, die in den letzteren 2 Monaten stärker waren. Wenig Schlaf. Stuhlgang regelmäßig.

Befund: Großes, kräftiges, gut gebautes Mädchen. Schleimhäute gut gefärbt, auch sonst nichts besonderes zu bemerken.

10. VIII. Besserung nach Bromnatrium.

9. IX. Patientin klagt wieder über Kopfschmerz und besonders über mangelhaftes Sehen.

Dieser Fall streift zwar schon die obere Altersgrenze der Kindheit; da jedoch noch keine Menses aufgetreten sind, können wir unbedenklich die Affektion der Patientin zur kindlichen Form rechnen. Zwar ist

kein Anfallssymptom beobachtet, sondern es sind kontinuierliche Symptome, über die die Patientin klagt. Und zwar sind es hier die sonst seltenen Sensibilitätsstörungen, die Sehstörungen und der Parietalschmerz, die nur auf hysterischer Basis ihre Erklärung finden, da Zeichen der Anämie fehlen.

Fall II. Johanna K., 15 Jahre, Arbeitertochter. 10. VIII. 1900.

Anamnese: Onkel väterlicher Seite „sonderbar". Patientin ist schon öfter krank gewesen. Im 5. Lebensjahre Typhus. Ferner mehrmals Lungenentzündung und Diphtherie. Seit November 1899 Veitstanz nach Gelenkrheumatismus. Seit ca. 6 Wochen psychisch verändert, sehr reizbar. Patientin konnte längere Zeit garnicht sprechen. In letzter Zeit wieder Zunahme der Zuckungen.

Status: Patientin blaß, schlecht genährt. Cor und Pulmones nihil, nur einzelnes Rasseln links hinten. Puls 80. Pupillen mittelweit, reagieren.

Ther. Sol. Kal. arsenicos. 3mal täglich G. III.

29. VIII. 1900. Bedeutende Besserung. Zuckungen nur noch zeitweise.

30. II. 1901. Patientin klagt über Kopfschmerz, besonders in der Schläfe und Scheitel. Seit einigen Wochen wieder beginnende Chorea nach Erschöpfung.

Bei dieser Patientin haben wir sicher eine Chorea auf hysterischer Grundlage vor uns. Gerade die Verbindung mit der psychischen Veränderung der

Gereiztheit, erinnert uns an Symptome, die wir oben kennen gelernt haben.

Fall III. Olga P., 12 Jahre, Postschaffnertochter. 17. XII. 1900.

Anamnese: Hereditär nihil. Zur rechten Zeit gehen und sprechen gelernt. Im 3. Lebensjahre Nachts ein Krampfanfall: Schrei, Bewußtlosigkeit ca. $^3/_4$ Stunde. Darnach längere Zeit wegen „Magenkatarrhs" bettlägrig. Später alle Kinderkrankheiten durchgemacht: Diphtherie dreimal, Masern, Frieseln, Scharlach, ferner Keuchhusten und Lungenentzündung. Im 7. Jahre erster Schulgang, lernte eifrig und sehr gut. Seit ca. 8 Wochen bei allgemeiner Schwäche und Schlaffheit Klagen über Schwindel, Kopfschmerzen, Ohren- und Gesichtsreißen. Seit 8 Tagen „Anfälle". Sie beginnen mit einem Angstgefühl. Darauf Unbesinnlichkeit, Patientin führt verwirrte Reden, läuft im Zimmer herum, beißt die Finger und die Bettstelle und leckt die Umgebung an. Erinnerung ist teilweise vorhanden. Schlaf gut, Appetit zuletzt schlechter. Stuhl angehalten.

Status: Patientin hochaufgeschossen, von mäßiger Ernährung. Schleimhäute blaß, Zunge nicht belegt. Tonsille hypertrophisch, auch Halsdrüsen beiderseits geschwollen. Kein Klonus. Cor: lautes systol. Geräusch an der Spitze. Pulmones nihil. Andeutung von Skoliose. Abdomen nicht aufgetrieben. Pupillen mittelweit, reagieren. Puls 104.

19. XII. Gestern zwei Anfälle gleicher Art.

1901. In letzter Zeit 11 Anfälle ca. 1—2 mal

täglich, meist Abends nach 10 Uhr bis 1 Uhr anhaltend. Dabei verwirrte Reden.

1. II. 1901. Seit einigen Tagen die alten Anfälle weg, statt dessen Schwindelanfälle, anfangs mit Kribbeln in den Füßen eingeleitet. Nachher umgefallen. Gestern fast beständig Anfälle.

12. II. Seit 2 Wochen Patientin im Bett. Täglich Anfälle. Patientin gestikuliert, steckt die Zunge heraus, eigenartig johlende Sprache, beißt sich in den Arm und springt aus dem Bett.

16. III. Seit 8 Wochen Brom 3 mal täglich 1,0. Anfälle noch täglich, besonders morgens. Erste Menstruation, Dauer ca. 4 Tage.

27. III. Seit 3 Tagen wieder häufigere Anfälle. Umsinken und leichtes Stöhnen.

15. VIII. Seit 1. Juli Erholungsaufenthalt in Warnemünde. Jetzt von allen Beschwerden frei.

5. X. Patientin hat in den letzten 5 Wochen als Zuhörerin alle Schulstunden mitgemacht.

13. XII. Patientin seit 2 Monaten Menopause. Wesen gereizter, lebhafter.

Diese Patientin zeigt uns also eine schon seit dem 3. Jahre sich regende Hysterie. Bei den Anfällen, die zwar epileptiform sind, ist jedoch eine Epilepsie auszuschließen, weil die absolute Bewußtlosigkeit fehlt. Die Begleiterscheinungen der häufig aufgetretenen Anfälle, in denen sie umherläuft, die Umgebung beißt oder anleckt, sind so typisch, gerade für die kindliche Hysterie, daß hier jeder Zweifel ausgeschlossen ist.

Fall IV. Max Schr., 15 Jahre, Praeparand. 15.I.1901.

Anamnese: Vater nervös, desgl. Vaterschwester und Großmutter. In der Kindheit „Krampfzustände". Schüler bis Ostern 1900. Leicht gelernt. Bis Pfingsten Privatstunde, Examen gut bestanden. Von Pfingsten bis Herbst zur Erholung bei den Eltern. Am 8. X. Eintritt in das Seminar Neukloster. Am 6. XII. dort als krank entlassen. Unlust zur Arbeit. Patient schrieb allerlei verkehrtes Zeug auf. Bei Ausarbeitungen herabgesetzte Merkfähigkeit, auch im Rechnen schlechte Leistungen. Am Tage schläfrig, sonst Schlaf oft unterbrochen. Am 29. II. vormittags ein „Anfall". Vorher 1 Stunde lang Beklemmungen. Ziehen und Zucken. Bewußtsein nur getrübt. Anfallsdauer 1 Stunde. Am Nachmittag wieder 1 Anfall. Die Finger waren zusammengekrampft, Schweißausbruch, dann Halbschlaf. Seitdem vermehrte Kopfschmerzen.

Nachträgliche Angaben der Mutter: Patient mit $1^1/_2$ Jahren Krämpfe mit Brechdurchfall. Die Krampfzustände dauerten ca. $1^1/_2$ Stunde ohne Bewußtlosigkeit.

Status: Patient mittelgroß, von mittlerer Ernährung. Schleimhäute gut gefärbt. Schädel entsprechend groß, symmetrisch gebaut. Gaumen von mittlerer Wölbung. Ohren groß, gut geformt. Tonsillen leicht hypertrophisch. Herztöne rein, Puls 84. Zunge ohne Narben. Pupillenreaktion prompt.

Also ein Fall männlicher Hysterie. Abgesehen davon, daß jegliche Bißwunden der Zunge fehlen, gehören auch hier die Anfälle in das hysterische Gebiet, zumal das Bewußtsein nur getrübt ist. Anam-

nestisch ist noch zu bemerken, daß schon in früher Kindheit Krampfzustände von den Eltern beobachtet wurden. Jedoch kann auch die Tetanie hierfür die Ursache gewesen sein.

Fall V. Margarethe K., 14 Jahre, Blumenbinderin. 30. V. 1901.

Anamnese: Mutter und Schwester nervös. Keine Zahnkrämpfe. Normale Entwicklung. Im 5. Lebensjahre Diphtherie, seitdem immer schwindlich geblieben. Vor 4 Jahren nach Rückkehr aus Sülze sehr leidend. Patientin erzählte von einer Freundin im Soolbad, die epileptische Anfälle gehabt habe. Patientin bekam bald darauf Starre im linken Arm, nach Schreck Arm wieder beweglich. Im folgenden Sommer Anfälle von Herzklopfen und Angstbeklemmungen. Dies wiederholte sich 3—4 Male in jedem Sommer. In diesem Jahre stärker. Dabei Umsinken mit Zittern und Zuckungen. Seit Herbst im Blumengeschäft, hierbei viel körperliche Anstrengung, Wassertragen etc. Seit 23. V. zu Hause wegen Kopfschmerzen. Rachenschwellung. Öfters Zustand vollständiger Starre, dabei Zucken in der Seite. Nachher oft 1—2 Tage lang Gefühllosigkeit.

Status: Kleine, schlanke, mäßig genährte Person. Aussehen elend. Schleimhäute bloßrot. Einzelne kleine Halsdrüsen geschwollen. Zunge nicht belegt. Herztöne rein. Abdomen nicht aufgetrieben, nicht druckempfindlich. Pupillen mittel, reagieren.

Dieser Fall ist typisch für Kinder. Das Beispiel wirkte hier auf das wahrscheinlich hereditär belastete

Kind als „Agent provocateur“. Die Kontraktur hat wegen des plötzlichen Entstehens und Verschwindens einen entschieden hysterischen Charakter.

Fall VI. Franz B., 15 Jahre, Lehrling. 14. VII. 1902.

Anamnese: Keine erbliche Belastung. Früher gesund. Vor 2 Monaten auf den Kopf gefallen. Kleine nicht genähte Weichteilwunde. Patient soll dabei nicht bewußtlos gewesen sein. 4 Wochen später Sausen und Nadelstechen in der linken Schläfe, sodann 2 mal an einem Tage Schwindelanfälle, in denen Patient von der Treppe fiel. Kein Bewußtseinsverlust. Keine Zuckungen.

Status: Patient von mäßiger Ernährung und blassem Aussehen. In der linken Scheitelregion kaum sichtbare, angeblich druckempfindliche, leicht eingedrückte Narbe.

21. VII. Während eines Gewitters heftige Schmerzen in der Schläfe, auch bisweilen Schwindelzustände, aber nicht umgefallen. Empfindlich gegen alle Geräusche.

1. VIII. Patient gestern von der Treppe gefallen, ohne etwas davon zu wissen.

Auch hier ist der hysterische Anfall durch den Mangel der Bewußtlosigkeit charakterisiert. Dazu kommen die Sensibilitätsaffektionen, die Empfindlichkeit gegen Geräusche und die neuralgischen Schmerzen.

Fall VII. Meta S., 5 Jahre, Polizeiwächtertochter. 11. VIII. 1902.

Anamnese: Hereditär nihil. Laufen und Sprechen mit $1^1/_2$ Jahren. Als kleines Kind Zahnkrämpfe, seither

Athetosebewegungen in der linken Hand und im Fuß. Seit 2 Jahren häufig Klagen über Stirnkopfschmerz, „es krieche ein Wurm an der Stirn“. Die Kopfschmerzen kommen mehrmals täglich, dabei aufgeregtes Wesen. Patientin singt und läuft herum. Schlaf oft schlecht. Appetit mäßig. Stuhlgang regelmäßig.

Status: Patientin von blassem Aussehen. Stirn schmal, vorspringend. Gaumen stark gewölbt. Pupillen gleich, reagieren. Patientin hat ein auffallend zutrauliches Wesen. Sonst nichts besonderes. Die Beschwerden, die die Patientin äußert, sind wohl als hysterische aufzufassen, da das Kind auch in ihrem Wesen typisch hysterische Symptome auf psychischem Gebiete zeigt. Denn das aufgeregte Benehmen, das Singen trotz der Schmerzen, paßt ganz in den Rahmen kindlicher Hysterie.

Fall VIII. Gesina W., 16 Jahre, Ohne Beruf. 30. X. 1902.

Anamnese: Keine Erblichkeit; früher stets gesund. Im vorigen Jahr Scharlach. Seitdem Ohrenleiden. In der Ohrenklinik September 1902 wegen Geschwür im linken Ohr behandelt. Nach 3 Wochen wieder heftige Ohrschmerzen. Dabei überall Zucken. Am 19. IX. schwerer „nervöser Anfall“. Zuerst heftiger Frost, nachher heftige Zuckungen am ganzen Körper, dabei ängstliches Wesen. Kein Bewußtseinsverlust. Jetzt Klagen über Kopfschmerz.

Status: Kleine starke Person. Keine Lähmungserscheinungen. Keine Organveränderungen.

Gerade noch an der Übergangsgrenze zur Pubertät steht dieses Beispiel eines hysterischen Anfalls mit seinen Prodromalerscheinungen. Auch hier ist zu berücksichtigen, daß eine Epilepsie den Bewußtseinsverlust darbieten würde, der jedoch hier fehlt.

Fall IX. Martha E., 13 Jahre, Arbeiterkind. 15. XI. 1902.

Anamnese: Früher gesund. Seit ca. 1 Jahr Schmerzen in der Magengegend, nach dem Rücken ausstrahlend, besonders stark nach dem Essen. Periodische Verschlimmerung. Kein Erbrechen. Nach der Menstruation setzen oft Schmerzen ein und dauern ca. 14 Tage. Ferner oft aufsteigenden Kloß im Halse, der nach einiger Zeit wieder heruntersteigt. Starke Eßlust. Stuhlgang geregelt.

Status: Patientin von guter Ernährung. Frische Farbe. Magengegend mäßig empfindlich. Herztöne rein.

22. VII. 1903. Jeden zweiten Tag Zustände von verwirrten Reden. Patientin ruft nach ihrer Mutter etc.

24. IX. Starke Rücken-, Magen-, Kopf- und Herzschmerzen.

8. X. Vor 14 Tagen „Anfall", jetzt Kopf- und Magenschmerzen.

Hier sind es zunächst mehr Sensibilitätsstörungen, die die Patientin zum Arzte führte. Unter ihnen präsentiert sich besonders als hysterisch die Schilderung des aufsteigenden Kloßes, also der bekannte Globus

hystericus. Erst später treten die Anfälle mit Bewußtseinstrübung auf und verstärken den hysterischen Krankheitscharakter.

Fall X. Otto M., 15 Jahre, Gymnasiast. 1. VIII 1903.

Anamnese: Vater Neurastheniker. Patient stets nervös. Mit $6^3/_4$ Jahren zur Schule, gut gelernt, sehr musikalisch. Pfingsten 1901 beim Spielen mit Kameraden rechte Hand überextendiert. Es soll sich im Anschluß daran eine Geschwulst entwickelt haben an der Handfläche. Pfingsten 1902: Operation. (Prof. Müller). Ergebnis: Fibrom. Nach der Operation sind der 3., 4. und 5. Finger in Beugekontraktur. Herbst 1903 Patient psychisch verändert. Oft Zwangsbewegungen und Zwangsvorstellungen.

Status: Kräftiger, gut genährter Knabe. Keine Organveränderungen. Puls beschleunigt, 96, kräftig. Pupillen mittelweit, reagieren. Schlaf gut.

In diesem Falle wirkte die Operation bei dem prädisponierten Patienten als Trauma, wodurch die bei Kindern häufige Kontraktur ausgelöst wurde. Ihr hysterischer Charakter muß anerkannt werden, da alle Zeichen einer organischen sekundären Contraktur, vielleicht durch Narbenbildung, fehlen.

Fall XI. Toni V., 12 Jahre, Schulkind. 22. II. 1904.

Anamnese: Patientin unehelich. Keine Belastung. Mit 2 Jahren Zahnkrämpfe (?). Sonst gesund, aber sehr empfindlich, weinerlich. Am 18. II. von einer Freundin beim Bücken umgestoßen auf die linke Stirnseite, keine Blutung. Angeblich in unmittelbarem

Anschluß daran Krampfanfall mit Bewußtseinsstörung. Hinterher Mattigkeit. Ähnlicher Anfall am nächsten Tage, vorher „Angst vor der Brust“. Gleiche Anfälle mit „Brustbeklemmung“ in den nächsten Tagen. Hinterher jedesmal ausgesprochene Lahmheit und Kopfschmerzen.

Status: Blasses Kind mit mäßiger Ernährung; macht intelligenten, geweckten Eindruck. Pupillen gut, reagieren. Keine Zungenbisse.

27. II. Abends Anfall. Hin- und Herschlagen mit Kopf und Händen.

2. III. Kein Anfall, jedoch starke Kopfschmerzen und Mattigkeit seit mehreren Tagen.

7. III. An den letzten 3 Abenden immer um 7 Uhr Anfälle gleicher Art.

Die Anfälle der Patientin hatten ihren Anfang nach dem Schreck, den das Umstoßen bewirkte. Also nicht das körperliche, sondern das psychische Trauma ist als ursächlich anzusehen. Im Gegensatz zur Epilepsie vermissen wir auch hier die absolute Bewußtlosigkeit neben den fehlenden Zungenbissen.

Fall XII. Paula M., 12 Jahre, Bahnwärtertochter. 23. III. 1905.

Anamnese: Mutter wegen Morbus Basedowii in poliklinischer Behandlung. Patientin schon vom ersten Lebensjahre an empfindlich gegen Geräusche „nervös und flüchtig“. Im 6. Jahre Lungenleiden, das jetzt bis auf gelegentliches Husten gehoben sein soll. Seitdem häufig besonders beim Turnen Schmerzen auf der

Höhe des Scheitels, die sich bessern, wenn Patientin mit dem Kopf schüttelt. Seit Oktober veränderte Lebensweise, nach Warnemünde gezogen. Seitdem mehr Schmerzen, wenig Eßlust. Stuhl und Schlaf ohne Besonderheiten.

Status: Blasses Kind in mäßiger Ernährung, beiderseits Blepharitis chronica. Während der Untersuchung mehrfach plötzliches Kopfschütteln.

Die Patientin, die schon seit früher Kindheit hysterische Charaktereigenschaften zeigt, wie die Empfindlichkeit und Zerstreutheit, hat hauptsächlich krankafte Sensibilitätsaffektionen, die zur Hysterie gehörig sind.

Fall XIII. Gertrud Sch., 14 Jahre, Schriftsetzertochter. 7. VII. 1905.

Anamnese: Mutter nervös. Als Kind Masern und Lungenentzündung. Vor 3 Jahren war Patientin leicht aufgeregt und zwinkerte mit den Augen. Dieser Zustand besserte sich jedoch. Seit $^1/_2$ Jahr wieder Zuckungen besonders der Schulter, dabei Zusammenfahren des ganzen Körpers. Auf der Straße gedankenloses Umhergehen. Durch den Willen sind die Zuckungen zu unterdrücken. In der Schule mittelmäßig. Keine Kopfschmerzen. Menses noch nicht eingetreten. Appetit gut, in der letzten Zeit sogar stark. Jetzt mattes gleichgiltiges Wesen, viel „für sich".

Status: Patientin groß und schlank, gut genährt, Schleimhäute blaßrot. Keine Drüsen. Herztöne rein. Patellarreflexe sehr lebhaft. Pupillenreaktion normal.

Bei Untersuchung mehrmals plötzliches Zusammenfahren, Zuckungen der Schulter.

20. VII. Zuckungen seit 2 Tagen geringer. Charakteristisch ist auch in diesem letzten Falle das zerstreute, unruhige Wesen der Patientin, das wir, wie oben erwähnt, häufig bei der Hysteria infantilis finden. Die motorischen Reizerscheinungen, die Zuckungen, sind deshalb ohne Zweifel als hysterisch aufzufassen.

So sind es also mehr die paroxysmellen hysterischen Symptome, die uns zur Beobachtung kamen, während nur der Fall V und X uns eine Kontraktur bot. Eine ausreichende Erklärung dieser ungleichen Verhältnisse findet sich jedoch in dem Umstande, daß wir hier nur poliklinisches Material vor uns haben. Die Patienten mit Dauersymptomen, mit Kontrakturen oder Lähmungen etc. kommen mehr in der Klinik zur Beobachtung. In bezug auf das Geschlecht fanden wir bei unseren 13 einschlägigen Fällen mehr das weibliche mit 10 : 3 vorherrschend. Das Alter der beobachteten Fälle erstreckte sich meist in den Grenzen vom 10. bis 16. Jahre. Nur Fall VII kam im Alter von 5 Jahren in Behandlung. Jedoch sind diese Altersstufen nicht maßgebend, da eben die Krankheit länger bestand, als sie in Behandlung kam. Im Großen und Ganzen kann man jedoch sagen, daß sich unsere Erfahrungen in der Hysteria infantilis mit den oben erwähnten Schilderungen der Symptome decken.

Betrachten wir zum Schluß nochmals die Ergebnisse, die aus dem häufigen Vorkommen der

Kinderhysterie resultieren, so sehen wir, daß dieser interessanten Krankheit eine zweifache Bedeutung zukommt. Zunächst hat die wissenschaftliche Erforschung der Hysterie in der kindlichen Form ein großes Hilfsmittel. Gerade zur Klarlegung des Wesens der Hysterie können wir von der kindlichen Form auf die der Erwachsenen wertvolle Schlüsse machen. Denn da die Seele des Kindes viel offener vor uns liegt und sich auch viel natürlicher gibt, lassen sich auch ihre Störungen klarer beobachten und feststellen als bei den Erwachsenen.

Aber auch einen großen praktischen Hintergrund hat die Tatsache der kindlichen Hysterie. Wie schon oben bei der Symptomenschilderung angedeutet, beschäftigt die Krankheit durch ihr mannigfaltiges Auftreten nicht nur die Eltern der Kinder, sondern auch gerade an Erzieher und Lehrer tritt die Frage heran, ob ein Kind wirklich krank ist oder nur simuliert. Auch ist so mancher Lehrer schon in arge Verlegenheit oder sogar in Konflikt mit dem Gesetz gekommen, wenn z. B. ein Knabe nach einer erteilten Ohrfeige plötzlich an Mutismus leidet. Gerade für solche Fälle, schon im Interesse der beteiligten Personen, ist es außerordentlich wichtig, daß die Kenntnis der Hysteria infantilis möglichst verbreitet und angewendet wird. Noch wichtiger ist es bei den psychischen Störungen. Wie wir schon oben gesehen haben, zeichnet sich der Charakter der hysterischen Kinder oft durch moralische Defekte aus. Solche Kinder haben eine förmliche Sucht im Ausdenken irgend welcher Erlebnisse. Die

tägliche Erfahrung bringt oft Beispiele, wo hysterische Mädchen ganz ohne reale Unterlage Männer, meist die betreffenden Lehrer, sexueller Verbrechen beschuldigen, wobei sie manchmal eine außerordentliche Phantasie bei Angabe über Zeit und Ort der angeblichen Straftaten entwickeln und dadurch den ahnungslosen Richter zum falschen Urteil verleiten. Daß solche Dinge für den Angeklagten gefährlich werden können, ist wohl klar. Daher hat es auch praktischen Wert, daß gerade bei den Juristen die Kenntnis der Kinderhysterie Ausbreitung finde, damit gegebenen Falls solchen Kindern als Zeugen überhaupt kein Glaube geschenkt wird.

Deshalb ist es auch sehr erfreulich, daß bei der jetzt begonnenen Reform der Strafprozeßordnung auch die Beurteilung des Geisteszustandes der Zeugen in Betracht kommen soll.

Umsomehr Grund ist vorhanden, durch weiteres genaues Studium der Hysteria infantilis diese Krankheit aufzuklären und deren Kenntnis zu verbreiten zum Nutzen der Patienten und zum Nutzen der ganzen Menschheit.

Zum Schluße erfülle ich noch die angenehme Pflicht, Herrn Geheimrat Professor Dr. Schuchardt für die Anregung zur Abfassung der Arbeit, für die gütige Überlassung des Materials und für die freundliche Unterstützung bei der Abfassung dieser Arbeit meinen ergebensten Dank auszusprechen.

Lebenslauf.

Ich, Matthias Tepling, evangelischer Konfession, wurde am 11. Juni 1882 in Spandau geboren und verlebte dort meine Kindheit. Oktober 1888 trat ich in die dortige Knaben-Bürgerschule ein, um Ostern 1891 in die Sexta des Königl. Gymnasiums zu Spandau einzutreten. Ostern 1900 bestand ich an dieser Anstalt das Abiturienten-Examen und widmete mich darauf dem medizinischen Studium. Zuerst besuchte ich die Universität Berlin und bestand dort Ostern 1904 das Tentamen physicum. W.-S. 1904 bezog ich die Universität Rostock und beendete dort am 5. Juli 1906 das Staatsexamen. Am 12. Juli 1906 bestand ich das Rigorosum. Am 1. September 1906 begann ich die Ableistung des praktischen Jahres an dem Städtischen Krankenhause zu Spandau.